

Déclaration sur l'honneur

Je vous remercie de remplir ce formulaire et de le retourner à :
Caisse d'assurance maladie - Conciliateur - BP 34548 - 21045 Dijon Cedex.

Partie à remplir par l'assuré

Votre nom : _____

Votre prénom : _____

Votre numéro de Sécurité Sociale : _____

Votre adresse : _____

Votre numéro de téléphone : _____

Les jours et heures où vous souhaitez être contacté par la CPAM : _____

Votre demande :

J'ai des difficultés pour choisir et déclarer un médecin traitant.

Le délai pour obtenir un rendez-vous chez le médecin « correspondant » est incompatible avec mon état de santé.

Nom du médecin concerné : _____

Adresse du médecin : _____

Téléphone du médecin (facultatif) : _____

Exposé des faits :

Date : _____

Signature de l'assuré :

Partie réservée à la Caisse d'assurance maladie

Date de contact avec le professionnel de santé concerné : _____

Date de rappel de l'assuré : _____

Date d'envoi du courrier à l'assuré : _____

Synthèse des contacts : _____

Avis motivé en cas d'absence d'accord amiable : _____